



PLANILLA DE DATOS PARA SEGUROS DE VIDA

Nombre y Apellido							
Genero			Masculino			Femenino	
Numero de Social Security							
Pais y Fecha de Nacimiento							
Direccion							
Numero de Telefono							
Email							
Licencia de Conducir							
Eres Ciudadano de USA			Si			No	
Numero de Residencia o Permiso de trabajo							
Ocupacion							
Empleador							
Tiempo en el Empleo		Mas de 6 Meses				Menos de 6 Meses	
Ingreso Individual Annual \$							
Ingreso Familiar Annual \$							
Patrimonio Individual \$							
Patrimonio Familiar \$							

DATOS DEL DUEÑO DE POLIZA

Nombre y Apellido							
Genero			Masculino			Femenino	
Numero de Social Security							
Pais y Fecha de Nacimiento							
Direccion							
Numero de Telefono							
Email							
Licencia de Conducir							
Eres Ciudadano de USA			Si			No	

BENEFICIARIOS

Nombre Y Apellido	Fecha de Nac	%	Parentesco

BENEFICIARIOS CONTINGENTE

Nombre Y Apellido	Fecha de Nac	%	Parentesco

Informacion General

	Si	No
1.- Durante los ultimos 5 años, se ha declarado culpable, ha sido condenado por violencia o DUI o ha tenido la licencia de conducir suspendida?		
2.- Alguna vez ha sido convicto de un delito menor o mayor?		
3.- Ha estado o esta actualmente involucrado en bancarrota que no ha sido dada de alta o cancelada?		
4.- Participa en algun deporte extremo		
5.- Participa en alguna actividad de aviacion diferente a ser pasajero?		
6.- Tiene contratado algun seguro de vida, invalidez o anualidad?		
6.A.- De ser "SI" Comparta Compañia, Monto Asegurado y Numero de Poliza		
Compañia	Monto	# Poliza
7.- Ha sido rechazado por un seguro de vida, salud o discapacidad		
8.- En los ultimos 12 meses ha aplicado o tiene solicitudes de seguros de vida o discapacidad pendientes?		
9.- Pretende reemplazar con esta poliza una poliza existente?		
10.- El asegurado considera usar los fondos del seguro de vida o anualidad para la poliza a la que esta aplicando?		
11.- Ha sido diagnosticado con VIH o ARC?		
12.- Ha sido diagnosticado o ha recibido tratamientos por caidas, paralisis, entumecimientos, temblores, desequilibrios o cualquier condicion que cause movimientos limitados?		
13.- Ha sido diagnosticado o ha recibido tratamiento por perdida de memoria, confusion o amnesia?		
14A.- Actualmente, Usa usted silla de ruedas, caminados, baston, cama clinica, maquina de dialisis, respirador?		
14B.- Actualmente, Necesita asistencia o supervision para tomar medicamentos, hacer los deberes de la casa, bañarse, comer, vestirse, ir al baño, trasladarse o incontinencia?		

HISTORIA FAMILIAR

	PADRE	MADRE	OTROS FAMILIARES DIRECTOS
Estan Vivos			
Estado de Salud			
Edad			
Edad de Fallecimiento			
Causa de Fallecimiento			

INFORMACION DE MEDICO PRIMARIO

Nombre			
Direccion			
Telefono			
Ultima Visita	Mes	Año	
Motivo de la visita			
Resultado de la visita			

INFORMACION MEDICA

1.- Altura y peso (ft y lbs)	Altura		Peso			
					SI	NO
2.- Ha ganado peso significativo en los ultimos 12 meses?						
3.- Esta siendo medicado?						
4.- En los ultimos 5 años ha usado algun producto que contenga tabaco?						
En caso de afirmativo diga		Producto	Frecuencia	Ultimo uso		
5.- En los ultimos 5 años ha trabajado medio tiempo,recibido compensacion laboral o aplicado por discapacidad?						
6.- En los ultimos 10 años ha sido diagnosticado o tratado por:						
A.- Ataques o enfermedades cardiacas, palpitaciones, soplo cardiaco, dolores de pecho, alta presion arterial, derrame cerebral, anemia o alguna enfermedad en la sangre o sistema circulatorio?						
B.- Efisema, asma, dificultad para respirar, bronquitis, tuberculosis, trastorno de la garganta o la nariz, apnea del sueño o cualquier enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio?						
C.- Desorden del sistema nervioso, mareos, epilepsia, convulsiones, paralisis, trastornos cerebrales u oculares o dolores de cabeza?						
D.- Enfermedad del higado, estomago, intestino, pancreas, hepatitis, vesicula biliar, colon o alguna enfermedad del sistema digestivo?						
E.- Columna Vertebral, cadera, rodilla, hombro, espalda, huesos, musculos, artritis, tiroides, gota, articulaciones?						
F.- Enfermedades urinarias, proteinica, azucar o sangre en la orina riñon, mama, prostata, vejiga?						
G.- Depresion, ansiedad, bipolaridad, perdida de la memoria, alzheimer, demencia, TEPT?						
H.- Cancer, polipos u otros tumores?						
I.- Diabetes o nivel elevado de azucar?						
7.- Enfermedad o condicion que haya requerido una amputacion?						
8.- Transtorno autpinmune como lupus, ceguera, polio, parkinson, huntington, Lou Gehrig, esclerosis multiple o enfermedad motriz?						
9.- En los ultimos 10 años ha usado marihuana, cocaína, heroína o alguna droga ilícita o sustancia controlada?						
10.- En los ultimos 5 años le ha hecho radiografias, electrocardiogramas o alguna otra prueba diagnostico?						
11.- En los ultimos 5 años ha sido admitido en un hospital, planea ingresar dentro de los proximos 30 dias o tiene alguna cita pendiente con el Doctor?						
12.- Historia Familiar con cancer, enfermedades cardiacas, enfermedad de huntington o enfermedad del Riñon?						

INFORMACION DE LA PRIMA

Pago de prima	Mensual		Semi anual		Trimestral	
	Annual					
Monto de Cobertura			Monto de la prima			
Fecha de pago automatico			Clasifica de riesgo			

INFORMACION Bancaria

Nombre del Banco	
Numero de ruta del Banco	
Numero de cuenta Bancaria	

Yo, identificado como propietario de la poliza, autorizo a que debiten de la cuenta bancaria anteriormente identificada para realizar los pagos de la prima correspondiente a esta declaracion.

Firmado el

en

Firma del asegurado

Firma del Agente

Declaracion del Agente:

Yo el abajo identificado, certifico que he registrado verdadera y fielmente la informacion proporcionada por el asegurado, en este formulario

Nombre de Agente

Firma del Agente

